

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

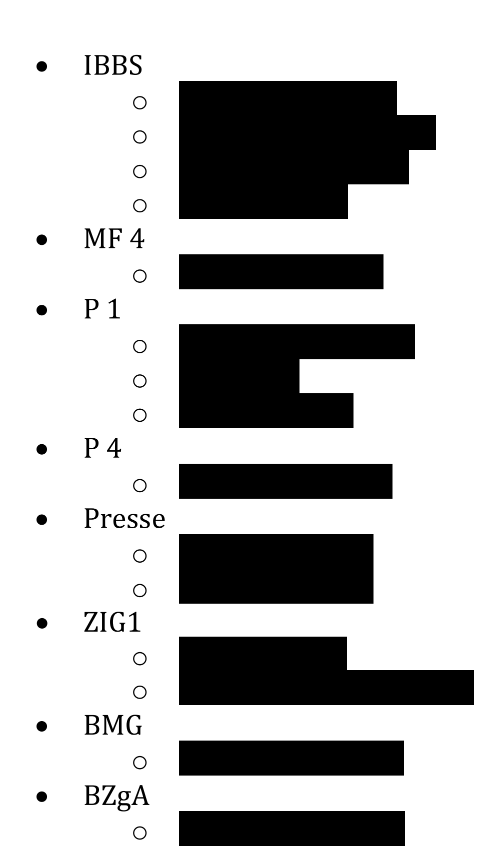
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.03.2021, 11:00-12:52 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
  -
- FG 14
  -
- FG 17
  -
- FG 21
  -
  -
- FG 27
  -
- FG 32
  -
- FG 33
  - ?
- FG 34
  -
- FG 36
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
  -



- IBBS
  -
  -
  -
  -
- MF 4
  -
- P 1
  -
  -
  -
- P 4
  -
- Presse
  -
  -
- ZIG1
  -
  -
- BMG
  -
- BZgA
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.690.523 (+15.813), davon 75.212 (+248) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 108/100.000 EW, deutlicher Anstieg zur Vorwoche ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.937.540 (9,5%), mit 2 Impfungen 3.516.986 (4,2%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.171 Fälle in Behandlung (+26) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg sichtbar, 7-Tage-Inzidenz in TH und SN weiterhin oberhalb des Bundesdurchschnitts, ansteigender Trend hält wahrscheinlich an trotz „Knick“ (Nachmeldungen werden erwartet) ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK / Trends: ▪ 1 Fall mit 7-Tage-Inzidenz > 500: LK Greiz; in Nachbarskreisen ebenfalls hohe Inzidenz ▪ Zunehmender Trend in vielen Kreisen in fast allen BL, z.T. mit Vervierfachung (aber bei niedrigen Fallzahlen), wenige LK mit Rückgang, insgesamt heterogenes Bild ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW ▪ Heatmap zeigt Anstieg in allen Altersgruppen, auch bei den Hochaltrigen ○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten ▪ Anteil der Verstorbenen und der Hospitalisierten sinkt weiter ▪ Im grauen Balken noch Nachmeldungen zu erwarten ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen ▪ Trend: weiter rückläufig in vielen Altersgruppen (+80 Jahre, 60-79 Jahre, 35-59 Jahre), ansonsten gleichbleibend niedrig ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Trend abnehmend *ToDo*: Die am Montag berichteten Zahlen zu Ausbrüchen in Kitas und Schulen sind noch nicht in den Lagebericht aufgenommen worden; Presseanfragen mehren sich; eine Darstellung soll in den heutigen Lagebericht aufgenommen werden. *ToDo*: FG32 erstellt neue Grafik der hospitalisierten COVD-19 Fälle nach Altersgruppen (auf 100%). ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW11: 1,35 Mio), Zunahme um ca. 6% zur Vorwoche ▪ Positivenanteil ist auch gestiegen (KW11: 7,9 %)	FG32 [redacted] Abt. 3 [redacted]

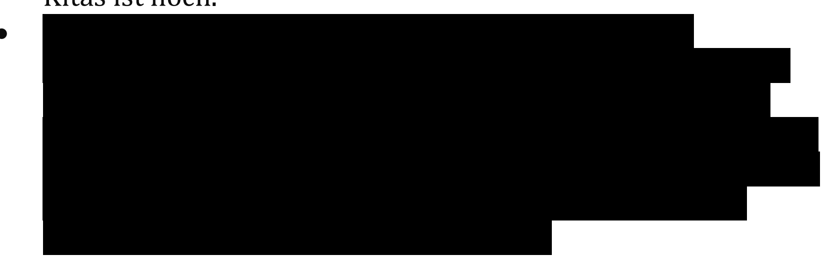
        - Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche
    - Auslastung der Kapazitäten
        - Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden
    - Probenrückstau
        - kein signifikanter Probenrückstau
        - massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI
    - Testzahlerfassung-VOC
        - Steigende Anzahl an beteiligten Laboren
        - KW11: > 60.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, davon mit Hinweis auf VOC: 72,3% (B.1.1.7: 71,3 %, B.1.352: 1 %, P1 nur sporadisch nachweisbar)
    - AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ
        - 354 Einrichtungen beteiligt
        - seit KW49, 2020 insgesamt 428.063 Testungen erfasst, davon positiv: 854 (0,2 %), davon 717 (84%) in PCR gegangen, davon PCR-bestätigt: 377 (52,6%), insg. 0,1% Positivenrate, viele POCT nicht auswertbar (mehr als Positive!)
    - Viele verschiedene Tests in Nutzung erschweren die Auswertbarkeit, nicht alle sind auf der BfArM-Liste, einige wurden als unzureichend bewertet.

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) — FG 37 [redacted]

- Insgesamt nimmt die Anzahl der Testungen pro Woche zu.
- Der Positivenanteil nimmt in den BL leicht zu, auch in TH (dort bei einer relativ geringen Anzahl an Tests).
- Anzahl der Testungen pro 100.000 nach Altersgruppe und KW: Kinder 0-4 und 5-14 werden deutlich mehr getestet, bei den Hochaltrigen wird weniger getestet, die Anzahl der Testungen pro 100.000 in den mittleren Altersgruppen zeigt kleine Veränderungen zur Vorwoche (z.B. leichter Anstieg bei der Gruppe der 15-34-Jährigen).
- Positivenanteil nach Altersgruppe und KW: Der Positivenanteil bei den 0-4-Jährigen sinkt auf ca. 5%, bei den älteren Kindern ist ebenfalls ein Rückgang zu beobachten. Bei den 15-34-, 35-59- und 60-79-Jährigen steigt der Positivenanteil.
- Die Anzahl der positiven Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW steigt in allen Altersgruppen mit Ausnahme der >80-Jährigen.
- Die Anzahl der Testungen sowie der Positivenanteil steigen in Arztpraxen an, während die Testzahl im Krankenhaus stabil bleibt und der dortige Positivenanteil sinkt. Bei der Auswertung dieser Daten nach Altersgruppe zeigt sich, dass zunehmend Kinder in den Praxen getestet werden.
- Der Anteil an B.1.1.7 Nachweisen liegt bei ca. 50%, der in allen Altersgruppen sichtbare Knick liegt ggf. an den geringeren Einsendungen in der letzten KW.
- Ausbrüche in Altenheimen finden weiterhin statt, aber auf geringerem Niveau, Nachmeldungen spielen eine Rolle.
- Ausbrüche in KH nehmen noch weiter ab.

	○ 	
	○ **Syndromische Surveillance** **(mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Raten im Vergleich zur Vorwoche gleich geblieben, aber bei 0-4- und bei 5-14-Jährigen gehen die ARE-Raten hoch, während die ab 60-jährigen weniger ARE gemeldet haben. ▪ Werte liegen nach wie vor deutlich unter denen der Vorsaisons (seit 36. KW). ○ ARE-Konsultationen bis KW11 ▪ Konsultationsinzidenz steigt an. In KW11 ca. 615.000 ARE-Arztbesuche in DEU (Vorwoche: 516.000), unterhalb des Vorjahresniveaus, TH stark betroffen, aber in fast allen Regionen Anstiege zu sehen, BE/BB/SL/RP/HH/SH eher Ausnahme mit gleichbleibendem Niveau, in keiner Region wird ein Rückgang beobachtet. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder gestiegen. Weiterer Rückgang in Altersgruppe 80 +, aber Altersgruppen 0-4, 15-34, 35-59, 60-79 steigen z.T. stark an. Dabei sind Altersgruppen 15-34 und 35-59 wieder auf erhöhtem Niveau, alle anderen Altersgruppen noch unter dem Niveau der Vorjahre. ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in den Altersgruppen 60-79 und 35-59 wird möglicherweise ein ansteigender Trend beobachtet. ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen pendelt weiterhin um 50% ○ <u>Diskussion</u>: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger.	FG 36
	○ **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren** **(mittwochs)** (Folien hier) ○ Probeneingang und SARS-CoV-2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar. ○ Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des Infektionsgeschehen zu sein, aber auch SARS-CoV-2 Nachweise sind leicht angestiegen, in KW10 erstmals	FG 17

	Nachweis von RSV, auch ein Anstieg von NL63 ist zu beobachten. ○ Probeneingang nach Altersgruppen in den letzten 4 Wochen: weiterhin viele Proben aus der Altersgruppe der 0-4-Jährigen (Zeitraum: KW8-11), dort in KW11 > 40 % Rhinoviren, v.a. 0-1-jährige betroffen, bei 5-15-jährigen auch Anstieg der Rhinoviren-Aktivität (in KW 11 >35% Anteil). ○ Saisonale Coronaviren, insb. NL63, verzeichnen starken Anstieg. Im Vergleich zu SARS-CoV-2 sind jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV-2 eher höhere Altersgruppen. Im Vergleich zur Vorwoche kaum Unterschiede bei 0-4-Jährigen bei NL63 und SARS-CoV-2, bei 5-15-Jährigen Rückgang bei beiden Erregern zur Vorwoche, Anstieg bei den 16-60-Jährigen bei beiden Erregern. ○ UK Variante ist die stärkste Variante im Sentinel (>80%). ○ <u>Diskussion:</u> Die Daten zeigen eine Übereinstimmung zwischen ARE-Surveillance und Gesamtpositivraten; die Zunahme von ARE wird von den jüngeren zu höheren Altersgruppen weitergetragen. Doppelinfektionen zwischen SARS-CoV-2 und Rhinoviren sind möglich, die Doppelinfektion Rhinoviren und saisonale Coronaviren ist häufiger. Unklar ist, inwiefern solche Doppelinfektionen zu einer stärkeren Übertragung beitragen und ggf. die Ausscheidung über entzündete Schleimhaut verstärken. ○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 3.192 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 24.03.2021), steiler Anstieg in den meisten BL, auch 12 Kinder auf IST, +334 Personen ggü. Vorwoche ○ Anteil nicht-invasiv beatmeter Personen nimmt zu (jüngere Patientengruppe?). ○ Anteil der COVID-19 Patienten liegt in 6 BL über 15%, TH über 20%, nur HH hat sich verbessert (Rückgang) ○ Anteil der COVID-19 Patienten an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: HB verzeichnet einen starken Anstieg, HH und SH abfallend; BE und BB hält sich auf Plateau; Anstiege auch in TH und SN. ○ ITS Verfügbarkeit und Belastung: Die Verfügbarkeit für High-Care und ECMO nimmt ab, es wird wieder vermehrt ein Personalmangel berichtet. ○ Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild. ○ <u>Diskussion:</u> Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei Hospitalisierungsraten vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass Hospitalisierungsberichte der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32	  MF4

	wird eine Darstellung nach Hospitalisierungsdatum aufbereiten. COALA-Studie (Folien hier) • Im Rahmen der COALA-Studie werden bei Kita-Ausbrüchen Fälle und Kontaktpersonen in Kitas und den zugehörigen Familien an Tag 5 nach Bekanntwerden des Indexfalls untersucht und eine Selbstbeprobung in den Familien über 14 Tage ermöglicht. • In einigen untersuchten Ausbrüchen wurde eine B.1.1.7 Mutation nachgewiesen. • Es wird eine hohe Teilnahmebereitschaft der Familien konstatiert; dadurch entsteht eine große Stichprobe, auch wenn im Verlauf ggf. Mitglieder der Familie nicht als KP1 klassifiziert werden können. • Mund-Nase-Abstriche, Speichelproben als auch Kapillarblutentnahmen haben sich bewährt und werden gut akzeptiert. Speichelproben funktionieren bei <1-jährigen Kindern nicht. • Die Selbst-Testung läuft gut (Abstrichmaterial wird den Familien überlassen, dabei soll alle 4 Tage eine Selbstprobung erfolgen, die Probe soll innerhalb von 24 Stunden versandt werden), Rücklauf über 90%, bei den Speichelproben ist der Rücklauf etwas niedriger. • Die Selbstbeprobungen machen die Viruslast sichtbar; die Viruslast ist bei Kindern nicht so lange nachweisbar wie bei Erwachsenen. ¼ der positiven Fälle wird erst im Rahmen der Selbstbeprobung identifiziert. • Bisherige Ergebnisse legen geringere sekundäre Attackrates, wenn der Indexfall ein Kind ist, nahe als wenn der Indexfall zum Personal gehört. Die Variabilität zwischen verschiedenen Kitas ist hoch. •  • • Es handelt sich um ein agentenbasiertes Modell für Berlin, bei dem Individuen („Teilchen") in synthetischer Population auf Basis eines Verkehrsmodells modelliert werden. Modell ähnelt von der Struktur her dem Modell von und Kollegen. • Transmissionswahrscheinlichkeiten werden unterschieden; das Modell ist detailreich und modular strukturiert; es erlaubt regelmäßige Prognosen, z.B. zur Wirkung von Testangeboten. Weiterer Ausbau des Modells ist möglich. • Modell erlaubt Aussagen über Nutzen von Schnelltests in verschiedenen Kontexten und bestätigt Ergebnisse anderer	FG 27

	Studien und Modelle. Zentrale (konservative) Annahme ist, dass die Schnelltests 70% der tatsächlich ansteckenden Personen als positiv identifizieren und dass diejenigen, die der Schnelltests als positiv ausweist, sofort PCR-nachgetestet werden und in Absonderung gehen. • Aus den Daten kann man u.a. die Zusammensetzung des R-Werts ablesen, v.a. ungeschützte Kontakte im eigenen Haushalt und gegenseitige private Besuche sind relevant.	
2	**Internationales** **(nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** **(diese Woche mittwochs)** ○ Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien hier) ○ DEA stellt ein gutes Beispiel für abteilungsübergreifende Zusammenarbeit dar. Die Webseite ist seit 08.11.2020 online und das RKI ist seit 01.01.2020 Herausgeber. ○ Einreise aus Risikogebieten erfordert neben der DEA auch Nachweis eines negativen Testergebnisses. Bisher mussten Gesundheitsämter dieses Testergebnis von den Reisenden separat (z.B. per Email) einfordern. Uploadmöglichkeit innerhalb der DEA ermöglicht Verknüpfung mit Einreiseanmeldung, dabei können über einen PIN-Code im Nachgang oder zeitgleich max. 2 Testergebnisse (als Bilddatei) hochgeladen werden. Die Gesundheitsämter können sehen, wer Upload vorgenommen hat. ○ Vorteile: ○ Arbeitserleichterung für GÄ ○ Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig) ○ Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April. ○ Häufig wechselnde rechtliche Anforderungen können nur mit Zeitverzug in der DEA abgebildet werden. Aktuelle Regelungen zu Testnachweisen und Absonderung nach Einreise hängen von vorherigen Aufenthaltsorten (Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiete, Hochinzidenzgebiete) auf Grundlage der Musterquarantäne-Verordnung, der Corona-Einreise-Verordnung bzw. der Länderbestimmungen ab. ○ Bei der Pressestelle sind Beschwerden eingegangen, dass die im DEA Impressum genannte Telefonnummer der Zentrale nicht auskunftsfähig sei. Es wird gebeten, ggf. eine andere Telefonnummer zu hinterlegen.	[geschwärzt]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **Presse** ○ Angesichts vieler in dieser Woche geplanten Online-Veröffentlichungen und der regulären Ausgabe ist die Arbeitsbelastung der EpiBull Redaktion sehr hoch. Es wird gebeten, bei kurzfristig gewünschten Veröffentlichungen eine	Pressestelle

	anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ Definition Reinfektion (hier) ist finalisiert. Diese kann sowohl als Infobrief an die Gesundheitsämter als auch auf der Webseite unter „Falldefinition“ veröffentlicht werden; letzteres ist angesichts des öffentlichen Interesses an der Thematik sinnvoll. Grundsätzlich sollte ein Hinweis zur Zielgruppe / zum Zweck des Dokuments (Erfassung im Meldewesen, nicht für klinische Betrachtungen gedacht) vorweg gestellt werden. ○ Im Infobrief bzgl. Genomsequenzierung wird das Kriterium für die Gesundheitsämter, dass es sich um einen Verdacht auf B.1.1.7 handelt, nach erfolgter Diskussion in FG32 und FG 36 herausgenommen; ein Verweis auf die integrierte molekulare Surveillance wird beibehalten. Der überarbeitete Entwurf soll, sobald finalisiert, der AG Diagnostik z.K. gesandt werden.	FG 32
8	**Update Impfen** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ○ Im Rahmen der Probenaufbereitung für die IMS-Sequenzierung gehen über 100 Proben jede Woche ein, auch hier ist eine Zunahme von B.1.1.7 erkennbar.	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Entlassungsmanagement: Es wird zeitnah ein überarbeiteter Entwurf zirkuliert, der die vorherrschende Variante B.1.1.7 berücksichtigt (u.a. Verlängerung des Zeitraums auf 14 Tage).	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Nicht besprochen	
12	**Surveillance** ○ Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Lagebericht ○ [geschwärzt] ○ Dank vieler Bemühungen kann am WE voraussichtlich erstmalig der Lagebericht weitgehend automatisiert erstellt werden. Durch die frühere Fertigstellung soll auf die Zahlen aus dem DIVI-Register nur per Link verwiesen werden.	FG 34 / alle

	○ Grundsätzlich wurde nochmals angeregt, ob nicht die Zusatzberichte alle gebündelt, d.h. ggf. einmal pro Woche, dargestellt werden könnten und nur automatisierte Kurzberichte täglich erscheinen sollten. Dieser Wunsch wurde bereits mehrfach an das RKI herangetragen. ○ Während der Osterfeiertage wird im Lagezentrum das WE-Dienstformat genutzt. Auch die Webmaster-Rufbereitschaft wird entsprechend angepasst. Gründonnerstag ist ein normaler Arbeitstag.	FG 38 / alle
15	**Wichtige Termine** ○ 26.03.2021 12:30: [geschwärzt] stellt Modell zur Dynamik der Virusausbreitung vor	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.03.2021, 11:00 Uhr, [geschwärzt]	